

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada ibu hamil rawan terjadi kekurangan gizi karena mengalami peningkatan kebutuhan gizi untuk ibu dan janin oleh karena itu, ibu hamil sering mengalami kondisi Kekurangan Energi Kronis (KEK) (Aritonang, 2012 dan Sulistyoningih, 2011). KEK yang terjadi secara terus menerus dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin. Risiko yang terjadi pada ibu hamil yang menderita KEK yaitu dapat melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) serta kematian (Waryana, 2010 dan Badriah, 2011). KEK yang terjadi pada ibu hamil disebabkan karena ketidakseimbangan antara asupan yang dibutuhkan dengan pengeluaran energi yang ditandai dengan ukuran lingkaran lengan atas (LILA) $> 23,5$ cm (Depkes RI, 2003a). Pengukuran LILA dilakukan pada titik pertengahan lengan atas dengan menggunakan pita LILA (Barasi, 2007).

KEK pada ibu hamil masih merupakan salah satu masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia (Aritonang, 2012). Hasil RISKESDAS tahun 2013 prevalensi risiko KEK wanita hamil usia 15–49 tahun secara nasional sebanyak 24,2%. Prevalensi risiko KEK di Jawa Timur tahun 2013 pada wanita hamil usia 15-49 tahun hampir mencapai 30% (Kemenkes RI, 2013). Di kabupaten Jember, dari 49 Puskesmas prevalensi ibu hamil KEK terbanyak yaitu Puskesmas Patrang 32,5%, Puskesmas Kaliwates 25% dan Puskesmas Summersari 20,7%.

Berat bayi lahir (BBL) adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu satu jam pertama setelah lahir. Hubungan antara waktu kelahiran dengan umur kehamilan, kelahiran bayi dapat dikelompokkan : bayi kurang bulan (prematur), yaitu bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi (kehamilan) < 37 minggu (< 259 hari). Bayi cukup bulan yaitu bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi antara 37-42 minggu (259-293 hari), dan bayi lebih bulan yaitu bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari). Berkaitan dengan berat badan lahir (BBL), bayi dapat dikelompokkan berdasarkan berat lahirnya yaitu bayi berat lahir rendah (BBLR), yaitu berat lahir < 2500 gr, bayi lahir sedang (2500-3999 gr) dan berat badan lebih (≥ 4000 gr) (Kemenkes RI, 2013).

WHO sejak tahun 1961 telah mengganti istilah prematuritas dengan BBLR. Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi yang berat <2500 gram pada waktu lahir adalah bayi prematur. Prevalensi tertinggi BBLR yang dilahirkan dari ibu hamil KEK di wilayah Kabupaten Jember terdapat pada Puskesmas Patrang 42,8 %, Puskesmas Kaliwates 30 % dan Puskesmas Sumbersari 28,6 % dari 49 Puskesmas. Hal tersebut dikarenakan tidak mendapat konseling gizi secara intensif dari Puskesmas.

Asupan gizi, kondisi sosial ekonomi yang rendah, kesehatan yang buruk selama masa kehamilan (tingginya infeksi spesifik dan non spesifik) dan aktifitas fisik selama hamil turut mempengaruhi BBL (WHO, 2004). Asupan gizi pada trimester III dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, plasenta dan cairan amnion sehingga pemenuhan gizi pada trimester III sangat memperhatikan pada kualitas dan kuantitas dari makanan. Gizi seimbang pada ibu hamil mengindikasikan bahwa konsumsi makanan ibu hamil harus memenuhi kebutuhan untuk dirinya dan janinnya oleh karena itu, ibu hamil membutuhkan zat gizi yang lebih banyak dibandingkan dengan keadaan tidak hamil (Sulistyoningsih, 2011 dan Kemenkes RI, 2014).

Humphrey *et al.*, (2000) menyatakan bahwa status gizi ibu hamil yang rendah mempunyai korelasi dengan BBLR. Hasil penelitian Assefa *et al.*, (2012) di Ethiopia menyimpulkan bahwa ibu hamil dengan LILA <23 cm berhubungan dengan kejadian BBLR. Penelitian yang dilakukan oleh Rush (2001) dari *Tuffs University, Boston USA*, mengemukakan bahwa kemungkinan hidup seorang bayi secara sederhana dapat dihubungkan dengan status gizi makro (Energi, Protein, Lemak dan karbohidrat) ibunya dan akibat yang mungkin terjadi dari kekurangan zat gizi makro adalah pertumbuhan janin terhambat, bayi cacat sejak lahir, keguguran atau bayi lahir mati, prematur, dan BBLR (Rush 2001 *cit.*, Asmawati, 2013). Khoushabi *et al.*, (2010) menyatakan bahwa rendahnya asupan energi pada trimester III sangat erat kaitannya dengan BBL.

Hasil penelitian di Indonesia oleh Budijanto *et al.*, (2000) di Madiun, Jawa Timur menyatakan bahwa LILA dan pekerjaan berat berisiko terhadap kejadian BBLR. Penelitian lain yang dilakukan oleh Mutalazimah (2005) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara LILA dengan BBL. Hasil penelitian tersebut

didukung oleh Qobadiyah *et al.*, (2012) menyatakan bahwa ukuran LILA ibu hamil trimester III memiliki pengaruh yang cukup kuat terhadap BBL. Hasil penelitian Saraswati *et al.*, (1998) di Jawa Barat menunjukkan bahwa ibu hamil KEK dengan batas LILA 23 cm mempunyai risiko 2,009 kali untuk melahirkan bayi dengan BBLR (kurang dari 2500 gr).

Konseling gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap dan perilaku sehingga membantu pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makanan dan minuman yang dilaksanakan oleh *nutritionis/dietisien*. Setelah konseling gizi diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi termasuk perubahan pola makan serta memecahkan masalah terkait gizi kearah kebiasaan hidup sehat (PERSAGI, 2010).

Pojok gizi (POZI) adalah pelayanan gizi yang diberikan di Puskesmas oleh tenaga gizi terdidik/terlatih kepada setiap pengunjung puskesmas yang membutuhkan. POZI bertujuan untuk pencegahan, penanggulangan, pengembangan dan pemulihan penyakit yang berkaitan dengan gizi. Pelayanan gizi yang diberikan oleh tenaga gizi terdidik/terlatih berupa konseling gizi dan anjuran dietetik serta pemberian intervensi gizi berdasarkan hasil pengkajian gizi sesuai dengan kaidah ilmu gizi. Frekuensi pelayanan konseling gizi di Puskesmas dilakukan secara rutin minimal sebulan sekali. (Dinkes Jember, 2002). Pemberian konseling gizi di Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan asupan gizi pada ibu hamil sehingga mendapatkan berat badan bayi lahir yang optimal. Di Indonesia, banyak ibu hamil dengan status gizi kurang yang disebabkan karena selama hamil asupan makanan tidak memenuhi kebutuhan ibu dan bayinya (Kemenkes RI 2014).

Berdasarkan latar belakang diatas perlu dilakukan penelitian mengenai pengaruh konseling gizi di Puskesmas pada ibu hamil trimester III penderita Kekurangan Energi Kronik (KEK) terhadap berat badan bayi lahir di Kabupaten Jember.

B. Rumusan Masalah

1. Adakah pengaruh konseling gizi di Puskesmas pada ibu hamil trimester III penderita Kekurangan Energi Kronik (KEK) terhadap berat badan bayi lahir di Kabupaten Jember ?
2. Adakah pengaruh keberlangsungan konseling gizi yang dilakukan di Puskesmas pada ibu hamil trimester III penderita KEK ?
3. Adakah kejadian BBLR dari ibu hamil trimester III penderita KEK yang diberi konseling gizi di Puskesmas dengan yang tidak diberi konseling gizi ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh konseling gizi pada ibu hamil trimester III penderita KEK terhadap berat badan bayi lahir di Puskesmas Kabupaten Jember.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis keberlangsungan konseling gizi yang dilakukan di Puskesmas pada ibu hamil trimester III penderita KEK.
- b. Menganalisis perbedaan kejadian BBLR dari ibu hamil trimester III penderita KEK yang diberi konseling gizi di Puskesmas dengan yang tidak diberi konseling gizi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan dapat menjadi bukti empirik tentang adanya pengaruh positif konseling gizi di Puskesmas kepada ibu hamil trimester III penderita KEK terhadap pencegahan terjadinya BBLR.

2. Manfaat Praktis

Diharapkan dapat menjadi masukan kebijakan bentuk konseling gizi khusus pada ibu hamil trimester III penderita KEK agar dapat mencegah kejadian BBLR.